

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 92

Syphilis acquise et Épilepsie tardive

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Février 1922

PAR

Maurice-Louis-Philippe BOISSEAU

EXTERNE DES HOPITAUX

Décoré de la Médaille Militaire et de la Croix de Guerre

Né à Montboyer (Charente) le 28 novembre 1894

Examineurs de la thèse	{	MM. VERGER, professeur.....	Président.
		SABRAZÈS, professeur.....	Juges.
		ABADIE, professeur.....	
		LEURET, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1922



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922

N° 92

Syphilis acquise et Épilepsie tardive

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 3 Février 1922

PAR

Maurice-Louis-Philippe BOISSEAU

EXTERNE DES HOPITAUX

Décoré de la Médaille Militaire et de la Croix de Guerre

Né à Montboyer (Charente) le 28 novembre 1894



Examineurs de la thèse

{	MM. VERGER, professeur.....	Président.
	SABRAZÈS, professeur.....	Juges.
	ABADIE, professeur.....	
	LEURET, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie J. CÉROUDE & FRÈRE, Cours de la Marne, 15

1922

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Bordeaux

M. SIGALAS. Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN.	Pharmacie	DUPOUY.
	CASSAET.	Zoologie et parasitologie.	MANDOUL.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ.	Médecine expérimentale.	FERRE.
	VILLAR.	Clinique ophthalmologique	LAGRANGE.
Pathologie et thérapeuti-		Clinique chirurgicale in-	
ques générales . . .	CRUCHET.	fantile et orthopédie .	DENUCÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIERE.	Clinique gynécologique .	BEGOUIN.
Anatomie pathologique .	SABRAZES.	Clinique médicale des ma-	
Anatomie	PICQUE	ladies des enfants . .	MOUSSOUS.
Anatomie générale et his-		Chimie biologique. . .	DENIGES.
tologie.	G. DUBREUIL.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Physiologie	PACHON.	Pathologie exotique . .	LE DANTEC.
Hygiène	AUCHE.	Clinique des maladies cu-	
Médecine légale . . .	VERGER.	tanées et syphilitiques.	W. DUBREUILH
Physique biologique et		Clinique des maladies des	
d'électricité médicale.	BERGONIÉ.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Chimie	CHELLE.	Clinique psychiatrique .	ABADIE.
Botanique et matière mé-		Clinique d'Oto-Rhino-La-	
dicale	BEILLE.	ryngologie	MOURE.
		Toxicologie	BARTHE.
			M. PRINCETEAU.

AGRÈGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.	N...	Médecine générale . . .	LEURET.
	N...		DUPERIE.
Histologie	LACOSTE (chargé).		CREYX.
Physiologie	DELAUNAY.	Maladies mentales. . .	MICHELEAU.
Anatomie pathologique .	MURATET.	Médecine légale . . .	PERRENS.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS (chargé).		LANDE.
naturelles.	N...	Chirurgie générale . .	GUYOT.
Physique biologique et			ROCHER
médicale	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et mé-			PAPIN.
dicale	N...	Obstétrique.	PERY.
	PETGES.	Ophtalmologie.	FAUGÈRE.
Médecine générale. . .	J. CARLES.		TEULIÈRES.
	MAURIAC.	Pharmacie	LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire	MM. CAVALIÉ.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie . . .	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale .	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparations pharm.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie.	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie.	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne.	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe.	GUYOT.
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les acci-	
dentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes . . .	ROCHER.
Cours compl. annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Ravie si tôt à mon affection.
Ce jour l'eût rendue bien heureuse !

A MON PÈRE

Bien faible témoignage de mon
amour filial et de ma reconnaissance
infinie.

A MA FIANCÉE

A MON FRÈRE JEAN

A MON GRAND PÈRE MATERNEL

A la mémoire de mon grand oncle, le Docteur PAUL OUI

Que j'aurais voulu connaître davantage, mais dont l'exemple sera toujours devant mes yeux, dans l'exercice d'une profession qui lui était si chère.

A MES TANTES OUI

A MES PARENTS — A MES AMIS

A TOUS MES MAITRES ET AMIS
de la Faculté de Médecine de Bordeaux

A. Monsieur le Docteur BOUSQUET

Médecin des Hôpitaux

A Monsieur le Docteur G. CHAVANNAZ

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux*

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Instruction publique

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur HENRI VERGER

Professeur de Médecine légale à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Médecin des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Officier de l'Instruction publique

AVANT-PROPOS

Durant nos études médicales, nous avons contracté une dette de reconnaissance envers les maîtres, qui par leurs leçons ou leurs conseils nous ont permis d'atteindre le but de nos désirs et de nos efforts. C'est de tout cœur que nous les remercions et leur portons l'assurance de notre grand respect.

M. le docteur Bousquet fut notre premier maître au lit du malade. Nous nous rappelons de l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé. Si nous avons appris à examiner méthodiquement les malades et acquis depuis beaucoup de connaissances cliniques, c'est à lui que nous le devons et nous ne l'oublierons pas.

Nous avons accompli ensuite une année dans le service de M. le Professeur Chavaunaz. Nous n'aurons jamais assez de reconnaissance pour le maître qui s'est intéressé à nos misères physiques de tout son cœur, avec son art chirurgical habituel, et dont nous avons pu goûter l'enseignement si éclairé, si recherché.

Reçu au concours d'externat de 1919, nous avons choisi successivement, comme externe, les services de MM. les professeurs Dubreuilh, Denucé, Sabrazès, Verger. Partout nous avons été très bien reçus et nous remercions nos maîtres de la bienveillance qu'ils n'ont cessé de nous accorder.

Les heures, trop courtes, passées chez M. le professeur Verger resteront un des meilleurs souvenirs de nos études.

Durant les visites du matin, que nous suivions assidûment, nous étions gagné autant par la clarté d'exposition du maître, que par la note simple, familière, anecdotique qu'il apportait dans ses causeries et qui mettait dans nos relations avec lui plus d'intimité et plus de franchise. Nous le remercions de sa grande bonté à notre égard et de l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

En fait d'épilepsie, la syphilis réalise soit des symptômes comitiaux symptomatiques d'une lésion cérébrale généralisée ou localisée, soit une épilepsie névrose qui reste ce qu'elle a été au début, sans autres accidents et qui peut apparaître au cours des périodes secondaire ou tertiaire de la syphilis. C'est l'étude de cette dernière épilepsie qui fait l'objet de notre thèse. Ces cas d'épilepsie chez les syphilitiques, s'ils sont très rares, ne doivent pas être interprétés comme une simple coïncidence. Nous nous sommes intéressés à eux, non pas pour apporter des idées nouvelles sur leur étude, mais pour essayer de montrer le peu de fréquence d'observations démonstratives, la difficulté du problème étiologique, enfin, malgré quelques opinions modernes, l'inefficacité du traitement spécifique.

Nous regrettons d'apporter peu d'observations personnelles ou des observations anciennes souvent trop succinctes.

Ce sujet appelle d'autres travaux, en particulier des recherches en série que nous n'avons pu entreprendre faute de temps. Nous pensons cependant n'avoir pas fait œuvre inutile en rassemblant, après une revue minutieuse de la littérature médicale, les faits susceptibles d'éclairer la question encore bien obscure des rapports qui unissent la syphilis et l'épilepsie.

HISTORIQUE

La syphilis acquise est une des causes d'épilepsie les plus anciennement invoquées. Elle avait été entrevue par Boerhave, Ambroise Paré, Paracelse, puis plus tard par Sauvage, Tissot (dans son traité sur l'épilepsie, 1771), Franck, Gros, Lancereaux. Ces auteurs n'avaient étudié que l'épilepsie alors appelée médulaire ou idiopathique parcequ'ils ignoraient l'épilepsie corticale et n'avaient guère élucidé un grand nombre de points de l'histoire clinique et anatomo-pathologique de cette sorte d'épilepsie.

Mais tous ces cas restèrent isolés et furent considérés comme des faits curieux jusqu'au jour où Fournier vint avec le poids de son autorité affirmer l'importance de la syphilis dans les antécédents des épileptiques. Déjà, il avait séparé l'épilepsie généralisée qui apparaît à la période secondaire d'une syphilis en évolution, de l'épilepsie syphilitique tertiaire symptomatique d'une syphilis cérébrale. Créant ensuite l'épilepsie parasyphilitique qui se développe toujours chez des individus ayant contracté la syphilis, il l'avait définie avec tous ses caractères. Il va enfin compléter son œuvre dans ses leçons sur la syphilis héréditaire tardive (1893).

Vers la même époque (1887), P. Marie publiait un retentissant article qui marqua le début d'une nouvelle période pour l'étiologie de l'épilepsie. Il se déclarait peu satisfait de la notion d'hérédité. « Si quelque maladie, dit-il, n'est pas

venue porter ses coups soit primitivement, soit secondairement sur les centres nerveux, les dégénérés ne deviennent pas épileptiques ». La syphilis pouvait être une des maladies en question. Pierre Marie ajoute même : « Lorsqu'il s'agit d'une épilepsie tardive, il faut songer à la syphilis ou à la puerpéralité ».

L'éveil était donné. Dans la suite les observations, sans abonder, ne manquèrent pas, et bon nombre d'auteurs français et étrangers vinrent prendre position dans le débat ouvert par Fournier.

A l'étranger il faut citer les travaux de Kovalewsky, de Binswanger, d'Iena, de Luzenberger, de Koster, de Vosinsky, surtout sur la pathogénie et l'étiologie de l'épilepsie syphilitique, de Feinberg, Korotneff, Salamone, Bayet sur ses caractères cliniques et son évolution. Gowers en Angleterre, Lüth, Mendel, Redlich, Seiler en Allemagne, montrèrent que l'épilepsie tardive pouvait être d'origine syphilitique. Enfin les auteurs italiens, en particulier Crichio et Rubino se sont occupés tout particulièrement de l'épilepsie syphilitique de la période secondaire déjà signalée par Fournier, mais dont la nature spécifique avait été niée autrefois par Zambaco et Mauriac.

En France, on trouve une étude des rapports entre la syphilis et l'épilepsie chez les auteurs qui se sont occupés de l'étiologie soit de l'épilepsie en général (Bessière, Lhote), soit de l'épilepsie tardive (Maupaté, Rozier, Hubert, Carleré). Vidal, dans le *Journal des Praticiens* étudia un cas d'épilepsie parasymphilitique que Fournier avait déjà si magistralement décrit dans la revue neurologique en 1893. En 1910, Guenot et Renault étudièrent l'épilepsie de la période secondaire. Depuis l'observation complexe que Ballet et Valensi apportèrent à la Société de Neurologie en 1907, la littérature médicale semble assez pauvre en travaux sur l'épilepsie syphilitique. L'attention des auteurs est attirée de préférence sur le rôle de l'hérédo-syphilis dans l'épilepsie dite essentielle (Aublant, Damaye, Broeynert, Babonneix et David).

Nous avons juste rencontré la thèse de Georgopoulos (1918) sur l'étiologie de l'épilepsie et sur le rôle de la syphilis en général. Dernièrement Leredde s'est intéressé à la question et a indiqué dans quels cas les malades pouvaient bénéficier du traitement.

Enfin quelques auteurs modernes, Joltrain, Milian, Aublant dans sa thèse se sont occupés des épreuves de laboratoire entre autres de l'examen du liquide céphalo-rachidien et de la réaction de Wassermann.

CHAPITRE PREMIER

DU RÔLE ÉTIOLOGIQUE DE LA SYPHILIS DANS L'ÉPILEPSIE TARDIVE

Avant d'exposer et d'étudier nos observations, nous avons jugé bon de dire quelques mots sur la fréquence de l'épilepsie tardive et sur la fréquence des antécédents syphilitiques dans l'épilepsie tardive, d'après l'opinion des auteurs.

1). — *Fréquence de l'épilepsie tardive :*

L'épilepsie sous toutes ses formes peut se développer à tous les âges. Le nombre des épileptiques va en décroissant de 16 à 30 ans, beaucoup à partir de 30 ans et l'épilepsie tardive qui commence autour de 30 ans, peut être un peu plus tôt chez la femme (Lüth), est donc une affection peu fréquente. Sur 100 cas d'épilepsie en général, Leuret trouva l'épilepsie tardive 14 fois, Calmeil 12 fois, Delasiauve 31 fois, Mendel 16 fois, Lüth 13 fois, Maupaté 15, Hubert 9. Après 30 ans, cette proportion semble diminuer avec l'âge. Cependant dans la statistique de Masoin, il y aurait une recrudescence de l'affection entre 30 et 35 ans et entre 60 et 65 ans.

2). — *Fréquence des antécédents syphilitiques dans les épilepsies tardives*

Si certains auteurs font jouer un rôle important à l'hérédité dans l'épilepsie tardive (Mendel, Gowers, Feré) par comparaison avec l'épilepsie ordinaire, si des auteurs allemands en particulier (Lüth, Redlich, Schapfer) admettent que dans la majorité des cas il faut songer à l'artério-sclérose, d'autres auteurs à la suite de P. Marie donnent la plus grande importance dans l'étiologie de l'épilepsie, à une infection acquise, à la syphilis en particulier.

Fournier disait : « Si un homme adulte vient à être pris pour la première fois d'une crise épileptique, il y a 8 ou 9 chances sur 10 pour que cette épilepsie soit d'origine syphilitique » et il ajoutait : « Donc toute épilepsie survenue dans ces conditions chez un sujet à antécédents connus doit (à moins d'être expliquée par une autre cause) être soumise à la médication spécifique. » Malgré toute la valeur de cette affirmation, il faut étudier les divers auteurs qui se sont occupés de travaux de statistique sur l'épilepsie tardive pour voir combien l'opinion de Fournier paraît exagérée.

Dans une statistique de Gowers, ce dernier trouve dans 40 % des cas une intoxication ou une infection comme cause de l'épilepsie tardive entre 30 et 40 ans. Ces causes semblent augmenter avec l'âge, puisqu'après 40 ans la proportion monte jusqu'à 60 %. Gowers publie seulement 5 observations où la syphilis soit en cause et encore la syphilis n'y joue pas seule un rôle.

Maupaté a bien montré l'influence de diverses causes réunies pour créer l'épilepsie tardive. « Souvent il est difficile, dit-il, même excessif, de porter uniquement le diagnostic d'épilepsie syphilitique, alcoolique, traumatique, etc... » Dans sa statistique il y a une seule cause dans 8 cas (2 fois, syphilis), 2 causes dans 8 cas (syphilis et alcoolisme), 3 causes dans un cas (syphilis, alcoolisme, impaludisme) 4 causes dans un cas (syphilis, tuberculose, alcoolisme, trau-

matisme). Nous avons retenu quelques unes des observations de Maupaté et nous verrons combien elles sont complexes.

Bessière, dans sa thèse inspirée par le professeur Pitres, s'occupe de l'étiologie de l'épilepsie en général et montre le peu d'influence de l'hérédité. Dans l'épilepsie tardive, il admet des cas d'épilepsie d'origine syphilitique, mais il n'apporte aucune statistique.

Dans 38 cas d'épilepsie tardive que Lüth publie, 4 fois la syphilis existe mais elle est toujours associée à l'alcoolisme.

Dans la seule observation de Rozier, où il soit question de syphilis, il s'agit d'un malade de 69 ans, qui 4 mois après avoir contracté un chancre syphilitique de la verge fut frappé au milieu du coit de symptômes comitiaux typiques. L'observation très peu détaillée ne permet pas d'affirmer la nature syphilitique des accidents.

Hubert dans sa thèse sur l'étiologie a relevé avec soin les antécédents de 100 épileptiques tardifs. Dans les antécédents héréditaires des malades, il a trouvé une fois la paralysie générale. Dans les antécédents personnels, il n'a pas trouvé de cas certains de syphilis (un cas douteux ?) l'alcoolisme jouait un grand rôle 64 %. Dans les observations, d'Hubert les causes sont généralement plus uniques.

Georgopoulos a enfin étudié 100 cas d'épilepsie jeune ou tardive. Dans 6 cas, il pouvait soupçonner une syphilis acquise. Le Wassermann fut positif 3 fois. Le chiffre établissant la relation entre la syphilis et l'épilepsie tardive n'a pas été nettement établi. Il semble s'élever à 40 %.

En définitive, on voit combien peu dans l'épilepsie tardive, le rôle de la syphilis comme facteur étiologique apparaît seul et probant.

Malgré les cas de syphilis ignorée, il semble que dans l'étiologie de l'épilepsie tardive, la syphilis ait beaucoup à perdre, rien à gagner, et c'est avec cette opinion basée sur des faits mais sans idée préconçue que nous abordons le chapitre des observations et leur critique.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Pour le groupement des observations que nous donnons, nous avons éliminé l'épilepsie symptomatique, se montrant au cours d'une syphilis cérébrale, avec tout son cortège de **signes généraux et de localisation**. Nous avons écarté également les crises épileptiformes qui apparaissent au début ou au cours de l'évolution d'une paralysie générale et qui entrent dans sa symptomatologie.

Nous nous en sommes tenus d'abord à la distinction entre l'épilepsie précoce de la période secondaire et l'épilepsie tardive survenant chez un syphilitique ancien. Mais nous nous sommes aperçus ensuite que dans cette épilepsie tardive il y avait lieu de distinguer plusieurs types suivant que les crises convulsives apparaissent comme le premier signe révélateur de l'épilepsie ou sont précédées pendant longtemps des symptômes du « petit mal ». Dans certains cas, que nous relatons, le tabes et l'épilepsie sont associés. Enfin nous avons jugé utile de réunir ensemble certaines observations des groupes précédents où les malades présentaient des crises d'épilepsie fruste ou typique avant l'éclosion de la syphilis mais où cette dernière semble avoir réveillé les crises ou augmenté leur fréquence.

Voici notre classification :

- Groupe I. — Observations d'épilepsie précoce (au cours de la période secondaire de la syphilis).
- Groupe II. — d'épilepsie syphilitique tardive. Typique ou non.
- Groupe III. — d'épilepsie et de tabes associés.
- Groupe IV. — d'épilepsie ancienne « normalisée » ou réveillée par une syphilis acquise.

GROUPE I

Épilepsie syphilitique précoce

1. — *Observation Fournier.*

Jeune femme robuste, amenée à Lourcine pour des accidents spécifiques dont l'origine paraît remonter à 3 mois. Aucun traitement jusqu'à ce jour.

Quelques jours après son admission, cette femme est prise dans la nuit de crises convulsives rappelant tout à fait le haut mal. 2^e crise un quart d'heure plus tard. Vue le lendemain, la malade affirme qu'elle n'a jamais éprouvé de crises semblables. Une analyse des troubles morbides antérieurs ou actuels ne révèle aucune cause étrangère à laquelle puissent être imputés les symptômes qui viennent de se produire.

Le traitement spécifique est ordonné (protoiodure de mercure), à l'exclusion de tout autre remède. Les accidents spécifiques s'amendent. Les crises ne se sont pas reproduites depuis.

2. — *Observations Fournier.*

L'héritier d'une « grande famille » contracte la syphilis en 1867. Dans le cours de la période secondaire, du 3^e au 6^e mois, il est pris 3 fois de crises incontestablement épileptiques, toutes les hypothèses inimaginables sont soulevées, discutées, écartées. De guerre lasse, force est de revenir à la syphilis. Le traitement spécifique est mis en œuvre. Les crises disparaissent et n'ont pas reparu depuis 20 ans.

3. — *Observation de Crichio*

Homme de 28 ans. Aucune crise pendant l'adolescence. Les crises convulsives débutent six semaines après l'apparition du chancre, en pleine roséole et d'emblée se répètent fréquemment (1 par jour).

Le bromure de potassium (8 gr. par jour) fut sans effet. Le traitement mercuriel (0 gr. 02 de sublimé par jour, en injections intramusculaires) amena une prompte atténuation de l'épilepsie, puis sa disparition au bout d'un mois.

4, 5. — *Deux observations de Rubino.*

Dans ces deux observations, l'on voit des convulsions générales du type de l'épilepsie classique se développer pour la première fois, sans cause occasionnelle et sans précédents névropathiques chez des sujets de plus de 20 ans.

Dans les deux cas, le syndrome épileptique a été précédé de l'infection syphilitique, et le traitement mercuriel a fait disparaître définitivement les accidents convulsifs. Rubino signale la rareté de l'aura dans cette épilepsie secondaire précoce.

6. — *Observation de Gowers.*

Homme de 37 ans. Atteint un an auparavant d'un accident primitif, puis d'un mal de gorge et qui présentait les traces d'un ancien iritis. Pas d'antécédents névropathiques dans la famille.

9 jours avant d'être visité. Il eût une attaque violente sans prodromes, où il se mordit la langue. Ni mal de tête, ni inégalité pupillaire, ni autre indice de la maladie cérébrale organique.

Où lui prescrit 0 gr. 65 d'iodure de potassium trois fois par jour et 4 mois plus tard, il n'avait pas eu de rechute.

7. — *Observation Guénot.*

Laf. 26 ans. — Entre dans le service du docteur Renault pour une éruption erythémato-papuleuse du tronc, une angine légère et des syphilides érosives du gland. Adénopathie bi-inguinale, bi-cervicale. La sero-réaction de Wassermann est positive.

Le chancre a débuté il y a deux mois et demi. Depuis, il a eu 3 crises convulsives avec perte de connaissance. Ces 3 attaques ont eu des caractères semblables. La première a été plus accentuée. A chaque attaque la perte de connaissance a duré un quart d'heure. Sensation lumineuse. Pas de cri initial. Par d'écume à la bouche. La face, d'abord congestionnée, est devenue très pâle. Incontinence d'urine, la première fois. Revenu à lui, le malade n'est pas courbaturé ; il aurait pu reprendre son travail quelques heures après. Pas d'autres phénomènes intellectuels, cérébraux ou moteurs.

Pas de tare nerveuse. Pas de crises avant le chancre. Père mort alcoolique à 42 ans, mais il n'avait pris des habitudes éthyliques qu'après la naissance de notre malade.

Ponction lombaire : Liquide céphalo-rachidien légèrement hypertendu. Légère lymphocytose. La réaction de Wassermann pratiquée avec ce liquide donne une réaction faiblement positive.

Avant d'entrer à l'hôpital le malade a pris quotidiennement 10 centigr. de protoiodure de mercure. A son entrée à l'hôpital il est soumis au traitement mixte (par jour, 0 gr. 02 de biiodure de mercure et 2 gr. d'iodure de potassium). Deux mois après, on lui donne 0 gr. 20 de biiodure par 24 heures, durant 15 jours.

Il n'est pas survenu de nouvelles crises convulsives. Le

malade a éprouvé cependant parfois les sensations lumineuses qu'il ressentait autrefois, avant ses crises. A la sortie de l'hôpital, la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo rachidien s'est montrée négative. Plus d'hypertension du liquide.

GROUPE II

Épilepsie syphilitique tardive

8. — *Observation de Fournier.*

Un jeune homme de 25 ans contracte la syphilis. Il se traite pendant 9 mois. 20 ans s'écoulent sans incidents.

Puis soudainement, sans le moindre prodrome, au cours d'une santé parfaite, cet homme âgé de 45 ans est pris d'un violent accès épileptique, caractérisé par l'ensemble le plus classique des crises de haut mal.

A dater de ce moment (et cela pendant 11 ans au-delà desquels s'arrête l'observation), le malade n'a jamais cessé d'être sujet à des accidents épileptiques de divers ordres. Pendant les deux premières années, 3 grandes crises convulsives entremêlées à de simples vertiges. Puis au-delà, de fortes crises de petit mal occupèrent seules la scène, mais celles-ci furent autrement répétées. On en compte 15, 20, 22, 18, 19 par années. Toutes se caractérisent ainsi : stupeur soudaine avec pâleur du visage, sensation d'anéantissement, conservation de la connaissance, mais avec obnubilation, impossibilité d'articuler certains mots composés, bruit de cloches dans la tête, sorte d'extase : cessation des phénomènes après une durée, variable de quelques minutes à un quart d'heure — et finalement retour à l'état normal.

Médication spécifique mise en œuvre à diverses reprises, à doses très élevées et sous différentes formes. Aucune modification. De guerre lasse on a renoncé à ces remèdes. Un seul médicament a agi d'une façon certaine, irrécusable, mais incomplète : le bromure de potassium à fortes doses.

Ce bromure semble avoir produit quelques intermissions de 2 à 3 mois, mais jamais il n'a réussi à suspendre définitivement les crises.

9. — *Observation de Maupaté.*

Homme 42 ans. Grand père un peu irascible, mort de la pierre. Mère émotive. Cousine hémiplegique depuis 2 ans.

Variole à 12 ans. Réformé pour obésité. Syphilis à 20 ans, traité par des bains de sublimé, ayant amené roséole, perforation du voile du palais, plusieurs gommes au bras et enfin la chute du gland.

Pas d'alcoolisme.

Céphalalgie frontale depuis l'âge de 20 ans.

A 40 ans, première attaque brusque, sans aura. Deuxième attaque plus tard. 10 attaques en 3 ans. L'année suivante accès de fureur qui amène l'internement. A l'asile, 3 attaques typiques d'épilepsie en 17 mois. Légère aphasie, idée de suicide.

Stigmates de dégénérescence : front très haut, léger prognathisme, asymétrie cranio-faciale.

Traitement : iodure de potassium, attaques diminuent, mais la démence progresse.

10. — *Observation de Maupaté.*

Journalier 41 ans.

Père mort hémiplegique. Mère morte aliénée. Oncle mort aphasique.

A 19 ans, le malade a fait une chute de 13 mètres ayant entraîné de fréquentes douleurs de la tête. Phtisie au deuxième degré ayant débuté à 26 ans. Soupçons de syphilis. Excès alcoolique.

A 38 ans, crise d'épilepsie partielle débutant par le pied droit. Depuis ces secousses reviennent plusieurs fois par jour, deviennent bilatérales, revêtent l'aspect du haut mal. Est resté hémiplégique quelque temps après une attaque.

A l'asile, 3 attaques d'épilepsie franche.

Stigmates de dégénérescence. Instabilité mentale.

11. — *Observation de Maupaté.*

Journalier 59 ans.

Père mort alcoolique ; mère morte apoplectique à 39 ans ; oncle alcoolique ; tante morte grêlée et paralysée ; deux sœurs mortes en bas âge ; deux autres sœurs, l'une morte à la suite d'une atrophie musculaire progressive, l'autre morte de tuberculose. Un frère mort alcoolique.

Le malade s'est développé tardivement. Onanisme de 14 à 20 ans. A 20 ans contracte la syphilis. Cette maladie l'a rendu hypocondriaque. A commencé à boire à 27 ans, à la suite de contrariétés. Ne peut plus supporter l'alcool depuis 20 ans, à cause des fièvres intermittentes. Celles-ci ont débuté à 20 ans. Traitement par la quinine. Elles n'auraient pas reparu depuis 30 ans, mais sont remplacées, au dire du malade, par des bourdonnements d'oreille, des sueurs profuses.

Choléra à 32 ans et variole à 37 ans.

Début des crises à 32 ans, à la suite de chagrins domestiques, à l'époque de réapparition des phénomènes paludiques. Il présente vers la même époque des phénomènes psychiques, cauchemars, hallucinations de la vue et de l'ouïe, vertiges inconscients.

A l'heure actuelle, affaiblissement des facultés. Gâtisme. Pas d'attaque pendant les cinq placements à l'Asile, peut-être parcequ'il cesse de s'alcooliser.

Alcoolisme chronique. Nombreux syndromes épisodiques des dégénérés.

Obsessions, instabilité mentale. Terreurs nocturnes. Zoophobie. Agoraphobie.

12. — *Observation de Lüth.*

Ouvrier né en 1820. Pas d'antécédents héréditaires.

Alcoolisme du malade. En 1847, syphilis. En 1889, trauma.

En 1890, première convulsion : Aura, les crises reviennent ensuite tous les mois avec troubles mentaux, affaiblissement de la pensée. Sujet très artérioscléreux.

13. — *In thèse Lothe.* — Obs. XXXI.

D. C. 56 ans. — Père mort à 83 ans, mère à 53 ans. Une sœur morte à 17 ans d'affection aiguë.

Malade : Syphilis à 18 ans. Marié à 30 ans. Deux enfants morts en bas âge.

Hémiplégie droite à 25 ans. Alcoolisme. Quelques excès vénériens, crises jacksonniennes. Paralyse du moteur oculaire commun. Lésions osseuses de la base du crâne.

14. — *In thèse Lhote.* — Obs. XVI.

M. Antoine, 62 ans. — Père inconnu, mère morte à 75 ans. Sur neuf enfants, trois restent dont le malade. Pas de renseignements précis.

Malade marié à 29 ans. Neuf enfants. Sept morts en bas âge. Excès vénériens (syphilis probable) et alcooliques. Crises à 43 ans, sans causes. Eczéma. Tabagisme.

15. — *Observation de Vidal.*

Malade de 36 ans.

Vertiges, suivis de chutes, se sont produits il y a 15 jours.

Ils se sont ensuite répétés jusqu'à une et deux fois par jour.

Les chutes s'accompagnaient de perte de connaissance, mais il n'y avait pas de morsure de la langue, d'ecchymose sur le corps.

Il y a six ans, le malade a eu un chancre syphilitique, suivi de roséole et le traitement n'a pas été continué avec persévérance.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien n'a pas montré d'éléments figurés.

Traitement 5, 6, 7 gr. par jour de bromure. Vidal conseille ensuite le traitement antisiphilitique. Mais le malade n'a pas été suivi.

16. — *Observation de Ballet et Valensi.*

Malade adressé comme atteint de crises épileptiques absolument réfractaires au traitement bromuré.

Homme de 63 ans. Ne peut nous donner aucun détail sur les crises dont il ne conserve pas le souvenir. Les renseignements sont fournis par la femme du malade.

Le malade a eu sa première crise, il y a deux ans. En plein travail, il a pâli, sa figure a grimacé. Il a perdu connaissance. Pas de cri initial, de morsure à la langue, ni de perte des urines. La crise a duré 2 à 3 minutes, puis pendant une heure le malade est demeuré inconscient du temps et des lieux.

L'année dernière, le malade a eu cinq ou six crises analogues. Depuis le commencement de l'année, crises plus fréquentes, depuis six mois elles se reproduisent une ou deux fois par semaine. Mémoire affaiblie surtout sur les faits d'acquisition récente. Caractère devenu plus sombre. Employé de chemin de fer, le malade a dû quitter son travail.

Examen physique : rien ne frappe dans l'aspect extérieur. Le malade répond parfaitement aux questions sans achoppement de la parole. Aucun tremblement ni de la langue, ni

des doigts. Pas de troubles de motilité. Réflexes rotuliens forts. La sensibilité ne présente aucune modification. Au niveau des yeux, pas d'inégalité pupillaire. Mais le signe d'Argyll existe avec une netteté parfaite. Au cœur, il y a un double souffle aortique. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Une ponction pratiquée à cette date, montre une abondante lymphocytose. La nature de la spécificité est ainsi affirmée. Les renseignements fournis la confirmèrent pleinement. Un chancre à 19 ans. Ce chancre fut cautérisé. On donna des pilules au malade. Le malade n'a pas de souvenirs d'accidents secondaires. Marié 3 ans plus tard, sa femme ne fait pas de fausses couches, mais ses trois premiers enfants meurent en bas âge de diarrhée. Le quatrième bien portant a aujourd'hui 32 ans.

Le malade a reçu 15 injections de 0 gr. 01 de biodure depuis son entrée à l'hôpital. Il n'a eu qu'une crise en un mois.

17. — *In thèse Georgopoulos.* — Obs. XVI.

C. 45 ans. Père mort d'une maladie de cœur. Mère morte à 50 ans. Une sœur morte tuberculeuse. Un frère cardiaque.

Malade. Rougeole à 3 ans. Syphilis contractée à l'âge de 25 ans. Première crise à 42 ans. Cicatrices de syphilides cutanées. Symptomatologie d'une sclérose en plaques.

R. W. négative.

18. — *Thèse Georgopoulos.* — Obs. XV

D. 50 ans. 10 frères et sœurs, dont 5 morts en bas âge et une de tuberculose osseuse. Malade très alcoolique, 4 litres de vin et plusieurs alcools par jour.

Nie toute maladie vénérienne.

Première crise à 42 ans. atrophie du nerf optique bilatérale. Insuffisance aortique. Pouls lent : 60.

R. W. positive.

19. — *In thèse Georgopoulos.* — XXXVI.

B. 35 ans. Père et frères morts tuberculeux. Mère bien portante. Malade nie toute maladie vénérienne.

Tête natiforme, voûte ogivale. Dents en gradin. Poumons suspects.

Première crise à 32 ans. R. W. fortement positive.

20. — *In thèse Georgopoulos.* — Obs. XXXVII.

M. 68 ans. — Mère morte à 48 ans de tuberculose. Père mort subitement.

Malade : Première crise à 50 ans. Inégalité pupillaire. Réflexes exagérés. Constipation opiniâtre. Etat mental : Idées de grandeur.

R. W. négative.

21. — *In thèse Georgopoulos.* — Obs. XLV.

P. 51 ans. — Père mort de fluxion de poitrine. Mère morte de vieillesse : Deux fausses couches. Sur sept frères et sœurs, quatre morts de maladies indéterminées.

Malade mariée. Deux enfants morts en bas âge. Attaque apoplectique suivie d'une hémiplegie gauche à 35 ans. A cette époque remontent les crises qui correspondent à la menstruation. Atrophie pupillaire.

Traitement anti-syphilitique sans succès. R. W. négative.

22. — *Observation Leredde.* — I

M. X. 36 ans, 1913.

Attaques de grande épilepsie. Deux ou trois crises par an depuis 1904.

Syphilis acquise dans la première enfance (nourrice),

Wassermann dans le sang = 0, Hecht = +.

Le liquide céphalo-rachidien est hypertendu. Leucocytes = 8 par mm. c.

Pas d'autres documents.

La fréquence et l'intensité des crises ne se modifient pas pendant le traitement qui comporte une quarantaine d'injections de novarsenobenzol dont une dizaine à 1 gr. 20 et 1 gr. 35. Mais pendant quatre ans consécutifs de 1913 à 1917 les crises disparaurent. En 1917 elles étaient reparues. Le nombre des crises avant traitement n'ayant été que de 2 ou 3 par an, la valeur du fait au point de vue thérapeutique prête à discussion.

23. — *Observation de Leredde.* — XI.

M. Pie 57 ans. 1918.

Crises épileptiques depuis 1914. Début brusque. Etat tonique puis clonique. Morsure de la langue. Quelquefois, incontinence d'urine. Torpeur prolongée après la crise.

Syphilis en 1890.

Wassermann dans le sang fortement positif: Liquide céphalo-rachidien non examiné.

Cœur gras, double souffle de la base.

24. — *Observation (prise dans le service du Prof. Verger)*

B. Paul 54 ans, manoeuvre.

Entre à la Salle 13, lit 24 pour crises épileptiques. 6 juillet 1921.

Antécédents héréditaires : Père mort à 52 ans, subitement. Mère morte à 83 ans. Trois sœurs bien portantes. Un frère mort à 52 ans accidentellement.

Antécédents personnels : A 13 ans, typhoïde qui n'a pas laissé de traces. Pas de crises dans l'enfance ou l'adolescence. A fait son service militaire. Le malade s'est marié à 22 ans. Trois enfants en excellente santé : deux ont été tués à la guerre. Sa femme n'a pas fait de fausses couches. Elle est morte il y a 22 ans, à la suite d'une affection utéro-annexielle (?).

A 32 ans, le malade contracte un chancre syphilitique, soigné tout de suite énergiquement. En 1914, il s'engage pour la durée de la guerre. Il est blessé le 20 novembre 1915 par des éclats d'obus et de pierres à la tête. Aux dires du malade, les blessures sont très superficielles. Néanmoins il est réformé en 1916 (?), mais à cette date il n'avait pas présenté de crises. Dans le courant de l'année suivante apparaît une première « attaque » que les médecins considèrent comme une attaque d'épilepsie et qu'ils attribuent aux antécédents syphilitiques du malade. Le malade reçoit une série de pipûres et sort de l'hôpital. Pendant 3 ans il ne ressent rien. Le 22 décembre 1920, il a une nouvelle crise. Il entre à l'hôpital Saint André à la salle 16. On fait un nouveau traitement spécifique (16 piqûres sous cutanées). Le malade reste 2 mois à l'hôpital et en sort en bon état. Il n'a présenté jusqu'à l'accident qui l'amène qu'une petite crise fruste.

Le 6 juillet 1921, le malade est tombé dans la rue à 7 h. du soir. Cette crise a ressemblé à toutes les autres : le malade sent venir sa crise. Il cherche aussitôt un appui, mais il est obligé malgré tout de s'écrouler. Il perd alors connaissance. Il a de l'écume aux lèvres. Il se mord parfois la langue. Incontinence des deux sphincters. Peu de convulsions.

Le malade reconnaît être un fort buveur. Il établit un rapport entre l'apparition de ses crises et l'époque où il boit davantage.

Examen. — Facies plutôt coloré.

L'étude du système nerveux du sujet révèle simplement une légère diminution des réflexes aux membres inférieurs et supérieurs, ainsi qu'un léger tremblement des mains qui, suivant le malade, ne surviendrait qu'à la suite des crises et s'atténuerait ensuite.

Légère inégalité pupillaire. $D > 6$. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. Réagissent faiblement à l'accommodation. Léger hystagmus.

Rien à signaler autrement si ce n'est quelques diarrhées fréquentes, et par instants, une légère incontinence d'urine.

R. W. : négative.

GROUPE III

(Epilepsie et tabes)

25. — *In thèse Lhole.*

D... P..., 65 ans. Père mort à 65 ans d'affection inconnue. Mère morte paralytique et aveugle. Une sœur morte en bas âge. Un frère et deux sœurs.

Syphilis à 38 ans. Trois ans après, épilepsie. Actuellement signes de tabes. Le malade est marié et n'a pas d'enfants.

26. — *Observation*

Consultation du professeur Verger).

V..., 50 ans. Marié, un fils de 20 ans bien portant.

Aucun antécédent connu. Ne se souvient pas de quelque accident pouvant faire songer à la syphilis. Ni sucre, ni albumine dans ses urines.

En 1915. — Apparition de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

En 1917. — Une crise épileptique : perte subite de connaissance avec morsure de la langue.

En 1919. — Le malade va consulter un oculiste pour des troubles visuels. Celui-ci découvre une rétinite pigmentaire et des stigmates de tabes. Traitement classique par le néo-salvarsan, puis cinquante injections intra-musculaires de benzoate (0 gr. 01).

A la fin de cette même année, en novembre et en décembre,

deux nouvelles crises, dans la rue, semblables à la première. Entre temps, le malade présente des absences typiques.

Vu le 16 décembre 1919, le malade présente des signes tabétiques ; abolition des réflexes rotuliens et achilléens, analgésie testiculaire, osseuse et tendineuse, pupille d'Argyll, quelques douleurs fulgurantes rares, de la faiblesse des érections. Pas d'incontinence motrice, mais signe de Romberg.

Mis au traitement bromuré avec régime déchloruré, le malade le suit sans interruption jusqu'au 27 février 1921, soit pendant 1/4 mois. Pendant tout ce temps il n'a eu aucune crise et pas d'absences. En même temps il fait un traitement anti-spécifique sous forme de trente injections intramusculaires d'hectargyre B et une cure à Lamalou. Les symptômes tabétiques et visuels paraissent enrayés.

Le 1^{er} septembre 1921, alors qu'il a cessé le bromure depuis 6 mois, il a une grande crise. Perte de connaissance, sans morsure de la langue.

Le 6 janvier 1922, pas de nouvelles crises. Le malade s'est remis au bromure depuis 4 mois.

R. W. négatif.

GROUPE IV

Épilepsie ancienne réveillée ou rendue normale
par une syphilis acquise27. — *Observation de Fournier*
Épilepsie pendant l'enfance. Syphilis. Réapparition
plus fréquente des crises

Femme 27 ans.

Attaques fréquentes jusqu'à l'âge de la puberté, puis espacées. Depuis 5 ans, elles ont été au nombre de 6 seulement.

Il y a 4 ou 5 mois cette femme prend la syphilis. Elle ne se traite pas. Accidents secondaires (syphilides cutanées, muqueuses, céphalée, angoisse). Puis le troisième mois : crises épileptiques. Toujours pas de traitement. Les accidents spécifiques s'accroissent, 4 nouvelles crises.

La malade entre à l'hôpital. Le traitement spécifique est institué. Dans l'espace de 6 à 7 semaines, 6 nouvelles crises. Puis elles disparaissent.

En résumé : avant la syphilis 6 crises en 10 ans. Aussitôt la syphilis 11 crises en 13 mois.

28. — *Observation de Georgopoulos*
(Convulsion dans l'enfance. Syphilis. Épilepsie tardive,

B..., 52 ans. Parents inconnus.

Malade : Convulsions dans la première enfance. Enurèse nocturne jusqu'à 6 ans. Première crise à 14 ans.

Syphilis contractée à 30 ans. Actuellement grandes crises convulsives.

Bruit de galop. Albuminurie. Réaction de Wassermann positive.

29. — *Observation de Blocq*

Épilepsie de l'adolescence. Syphilis. Épilepsie tardive et tabes

Femme de 35 ans, dont la tante est épileptique.

Crises épileptiques à 14 ans. Elles ont duré 3 ans.

A 20 ans, la malade contracte la syphilis.

Les crises ont reparu à l'âge de 25 ans, et persistent actuellement.

A 33 ans, la malade présente de la céphalée, de la diplopie pour laquelle elle suivit pendant 6 mois le traitement spécifique intensif.

Depuis 6 mois, ces signes céphaliques se sont améliorés, mais à leur place se manifestèrent des phénomènes tabétiques (abolition des réflexes, Argyll, incoordination motrice).

30. — *Observation*

(Consultation du professeur Verger

*Épilepsie fruste ancienne devenant tardivement normale
chez un syphilitique*

X..., 49 ans, en 1917. Capitaine au long cours.

Dans ses antécédents on relève une syphilis contractée en 1894 et qui paraît avoir été soignée de façon plutôt négligente.

Depuis son enfance, mais ses souvenirs sont peu précis, il serait sujet à des sortes d'éblouissements, très courts, qui ne l'ont jamais gêné dans l'exercice de sa profession. Il est très affirmatif sur le fait qu'il n'a jamais eu de pertes de connaissance ni de mictions nocturnes.

En août 1916 il est amené par la police à l'hôpital ; on l'a trouvé dans une église, à genoux, priant tout haut et confessant ses fautes publiquement à grand renfort de lamentations. Il est envoyé dans un asile d'aliénés en plein délire mystique. Au bout de 2 jours, la crise est passée ; il n'en conserve aucun souvenir.

Depuis cette époque, jusqu'en mai 1919, il présente à intervalles irréguliers trois sortes de crises,

1). Des absences prolongées pendant plusieurs minutes, au cours desquelles il se met à chanter ou à marmotter des paroles incompréhensibles et dont il ne conserve aucun souvenir.

2). De courtes crises de délire mystique avec agenouillement, prières bruyantes et gesticulations, également amnésiques.

3). Enfin des crises typiques avec morsure de la langue, miction et défécation involontaires, peu de convulsions. Ces dernières sont rares en un an.

Il est à noter que depuis sa première crise de 1916, le malade a été soumis à un traitement spécifique énergique par le néosalvarsan d'abord, par des injections de sels mercuriels ensuite. Ce traitement poursuivi pendant plusieurs mois n'a paru avoir aucune influence sur son état. Par contre, le traitement bromuré institué pendant les années 1917 et ces dernières années, a procuré une sédation appréciable. Les absences notamment se sont raréfiées.

Ce malade ne présentait au moment de l'examen en 1919 aucun signe de tabes ou de paralysie générale,

CHAPITRE III

REMARQUES ET CRITIQUES

I. — OBSERVATIONS DU GROUPE I

(Epilepsie précoce)

Fréquence. — La première remarque à faire est la rareté de cette épilepsie. Fournier dans sa longue carrière ne l'a constatée qu'une douzaine de fois. Plus tard, Crichio, Rubino, Guénot en ont publié quelques cas.

Date d'apparition. — Cette épilepsie est contemporaine des accidents cutanés ou muqueux de la syphilis. Habituellement, elle survient du 2^e au 3^e mois. Dans l'observation de Guénot, elle est très précoce (3 semaines après le chancre). Par contre Rauzier, puis Gowers l'ont observée chez leurs malades un an après le contagement infectant.

Symptomatologie. — Cette sorte d'épilepsie n'a pas semblé-t-il de caractères propres. Il n'y aurait pas de symptômes de petit mal (absences, impulsions, vertiges), mais de grandes crises convulsives. Dans les observations de Rubino, de Guénot le cri initial faisait défaut. Fournier et Rubino ont prétendu que l'aura était rare, mais Guénot signale que chez son malade, elle a existé d'une façon constante au début des trois attaques.

Examens de laboratoire. — Ils ont été faits, seulement, chez le malade de Guénot : liquide céphalo rachidien légèrement hypertendu. Légère lymphocytose. Réaction de Wassermann faiblement positive avec le liquide céphalo rachidien, très positive dans le sang.

Evolution et pronostic. — Les crises cessent rapidement sans laisser de traces. Dans l'observation de Crichio elles disparaissent au bout d'un mois. Même constatation dans les observations de Guénot et Rubino. Le malade de Gowers n'avait plus de crises au bout de 4 mois. On voit combien le pronostic de cette affection est bénin.

Traitement. — L'opinion de Fournier est que cette épilepsie guérit souvent *sponle sua*, mais que le traitement spécifique agit plus rapidement et plus complètement. Pour les auteurs qui, après Fournier, ont observé des cas d'épilepsie syphilitique secondaire, le traitement par les sels mercuriels ou les arsenicaux semble se montrer efficace. En tous cas, il abrège la période des crises. Avec du sublimé (0 gr. 02 par jour en injections intramusculaires), avec le benzoate de mercure (0 gr. 03), avec le traitement mixte, avec l'iodure de potassium (1 gr. 50 par jour), Crichio, Rubino, Guénot, Gowers ont guéri leurs malades assez rapidement.

Faut-il donner du bromure de potassium ? Dans le cas de Crichio, où il fut donné 8 gr. de bromure, le médicament fut sans effet. Gowers, dans une observation que nous n'avons pas rapportée, a associé avec succès l'iodure et le bromure. Il vaut mieux s'en tenir, semble-t-il, au traitement spécifique et le poursuivre longtemps.

ÉLÉMENTS DE RELATION ENTRE LA SYPHILIS ET L'ÉPILEPSIE

La nature de l'épilepsie rapportée dans ce groupe, résulte :

1° De l'impossibilité de rattacher ces accidents d'épilepsie incidente et transitoire à d'autres causes que la syphilis.

2° De la coïncidence chronologique avec d'autres accidents de nature spécifique (roséole, syphilis, adénopathie, céphalée, angine) ;

3° De l'évolution parallèle des accidents d'épilepsie et des autres manifestations syphilitiques contemporaines.

4° De la possibilité d'obtenir une réaction de Wassermann positive.

5° De l'influence curative du traitement.

C'est en se basant sur ces considérations : absence de crises convulsives antérieures, absence d'antécédents ou de prédispositions héréditaires ou personnels, disparition simultanée des attaques et des accidents cutanés et muqueux — cela sous l'influence du traitement — que l'on peut porter le diagnostic d'épilepsie syphilitique précoce.

II. — OBSERVATIONS DU GROUPE II

(Epilepsie syphilitique tardive)

Avant de passer à l'étude des rapports qui peuvent exister entre la syphilis acquise et l'épilepsie dans cette catégorie de malades, nous ferons quelques remarques d'après l'analyse des observations, sur la fréquence, le mode d'apparition, l'allure clinique et l'évolution de cette affection.

Fréquence. — Rencontrée plus rarement que l'épilepsie symptomatique, plus fréquemment que l'épilepsie précoce, cette épilepsie est cependant assez rare. Les faits que nous relatons et qui sont en somme peu nombreux découlent pourtant d'une étude minutieuse de la littérature médicale ; encore sont-ils parfois très complexes comme nous le verrons.

Début. — Cette épilepsie tardive de cause syphilitique survient à l'époque tertiaire de la syphilis, en général de 15 à 20 ans après le chancre. Dans l'observation type de Fournier, c'est 20 ans après. Chez les malades de Maupaté, si la syphilis est en cause, elle ne montre ses effets que 15 ans, 12 ans après. De même dans les observations de Lhote, de Georgopoulos, de Verger. Mais l'épilepsie peut survenir plus tardivement : 28 ans, 32 ans après dans les cas de Leredde ; 42 ans après dans celui de Ballet. Dans l'observation de Vidal, par contre, elle semble avoir été très précoce. Il y a juste un intervalle de 6 années.

Allure clinique. — Au point de vue symptomatique, nous voyons que souvent rien ne distingue cette épilepsie du mal comitial vulgaire. Lorsque la grande crise existe, le cri ini-

tial paraît moins fréquent ; l'anxiété de la respiration, les rhonchus stertoraux, turgescence de la face, l'écume sanguinolente, les ecchymoses, l'énergie des mouvements convulsifs, les troubles des sphincters semblent se rencontrer à un moindre degré (Widal, Ballet) mais ils peuvent exister (observations de Verger).

Le nombre des grandes crises ne paraît pas être très élevé, cependant les malades de Ballet, de Widal ont présenté pendant un certain temps deux crises par semaine (jusqu'à 2 par jour). Dans le cas de Fournier, on en compte trois en deux ans, Dans l'observation de Verger, entre 1914 et 1921, le malade n'a présenté que trois crises. Quelques crises de petit mal (stupeur, vertiges, absences, obnubilité, pâleur du visage) peuvent apparaître entre les crises convulsives. D'autres fois ces crises de petit mal occupent seules la scène. (Cas de Fournier, de Verger, Groupe IV). Elles peuvent être très répétées : 15, 20, 18, 20 fois par année. (Cas de Fournier.)

Beaucoup d'observations, en particulier celles de Lhote, de Georgopoulos qui ont été prises dans des travaux de statistique, ne sont guère détaillées. Cependant dans certaines nous avons trouvé des troubles mentaux associés : accès de fureur, délires systématisés quelques fois, vertiges, hallucinations. (Maupaté, Lüth, Georgopoulos, Verger Groupe IV.)

Comme symptômes associés nous avons trouvé encore : Atrophie du nerf optique, inégalité pupillaire (Georgopoulos, Verger), signe d'Argyll (Ballet), souffles de rétrécissement et d'insuffisance aortiques (Georgopoulos, Ballet, Leredde), tremblements, hystagmus, légère incontinence des sphincters (Verger). Ces signes, s'ils éclairent assez souvent le diagnostic, compliquent aussi le problème que nous posons, quand ils sont manifestement l'expression d'une lésion cérébrale systématisée.

Sur les 17 observations du groupe II, la symptomatologie paraît nette dans les cas de Fournier, de Widal, de Ballet (réserves), dans deux cas de Georgopoulos, dans ceux de

Leredde, dans celui de Verger, soit au total dans sept cas.

Évolution. — Cette épilepsie est éminemment durable. Elle doit peut-être son unité clinique à ce qu'elle se perpétue ainsi. Les malades, de guerre lasse, ne reviennent souvent plus voir le premier médecin qui les a soignés. Dans la plupart des observations que nous citons les malades n'ont pas été suivis. C'est en particulier le cas du malade de Ballet qui avait bénéficié avec succès du traitement ordonné. Fournier a suivi son malade pendant 11 ans.

ÉLÉMENTS DE LA RELATION ENTRE LA SYPHILIS ET L'ÉPILEPSIE

Il semble qu'elle doive se faire 1° par la valeur des antécédents. 2° par les réactions biologiques, en particulier la réaction de Wasserman. 3° par le traitement.

1) Valeur des antécédents.

La question est très importante. En analysant nos observations, nous voyons d'abord que le malade de Fournier, n'a dans ses antécédents qu'une syphilis acquise à 25 ans. Autrement il a toujours joui d'une santé parfaite. Tous les malades de Maupaté ont une hérédité chargée. Dans la première observation, la syphilis paraît seule en cause. Dans la deuxième il n'y a que des soupçons de syphilis, mais on trouve dans les antécédents un traumatisme et des excès alcooliques ; dans la troisième le sujet a présenté des fièvres, est alcoolique et syphilitique. Dans les observations de Lüth et de Lothe, se trouvent mélangés des excès vénériens et alcooliques. Widal et Ballet n'ont guère précisé les antécédents de leurs malades, mais la syphilis semble être en cause. Les observations de Georgopoulos sont très courtes. La syphilis n'y est pas toujours avouée. On trouve dans deux cas l'alcoolisme, la tuberculose. Le rôle de la syphilis, comme facteur étiologique paraît vraisemblablement dans

trois cas. On ne trouve pas le résumé des antécédents dans les deux cas de Leredde. Enfin le malade de Verger était syphilitique, alcoolique et avait été victime d'un traumatisme.

Au total, nous voyons que sur les 17 observations, la syphilis semble entrer seule en cause dans 9 observations (Fournier, Maupaté, Vidal, Ballet, Georgopoulos 3, Leredde 2). Dans les huit autres cas, la syphilis est associée de préférence à l'alcoolisme (Maupaté, Lüth, Lhote, Georgopoulos), quelquefois à l'impaludisme, à la tuberculose, au traumatisme. Toutefois nous faisons des réserves sur les 9 premières observations, car, dans certaines, le détail des antécédents manque. Nous estimons en fin de compte que souvent, plus souvent que semblent le montrer nos observations, la syphilis est associée à d'autres éléments étiologiques. C'est ce que nous avons cherché à dégager dans notre chapitre de l'étiologie. C'est ce que la clinique met devant nos yeux. Il est difficile de rapporter l'épilepsie à la syphilis d'une façon exclusive.

2) Réactions biologiques.

L'étude cytologique du liquide céphalo rachidien ne nous montre pas de lymphocytose dans le cas de Vidal. Abondante lymphocytose dans le cas de Ballet. Hypertension et lymphocytose légère dans un cas de Leredde. Vidal pensait qu'on avait par ce cyto-diagnostic le moyen de différencier l'épilepsie parasymphilitique de l'épilepsie symptomatique, mais la lymphocytose peut très bien s'expliquer dans la première affection. On la trouve chez de vieux syphilitiques. Elle est souvent l'expression d'une infection syphilitique latente.

2) La séro réaction de Wassermann a été pratiquée chez les malades de Georgopoulos et de Leredde. Sur les 6 malades chez qui il soupçonnait ou savait la syphilis, Georgopoulos a trouvé la réaction positive dans 3 cas. Dans une statistique de Leredde, sur 14 épileptiques héréditaires ou

non, les résultats sont positifs soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo rachidien, dans 4 cas seulement (2 acquis, 2 héréditaires).

Les auteurs récents qui ont cherché à dépister soit la syphilis, soit l'héredo-syphilis (Aublant : R. W = + 9 fois sur 17 observations) chez les épileptiques vieux ou jeunes, à l'aide de la séro-réaction ont montré son inconstance, son absence très souvent. Elle ne nous apporte pas la clé du problème, mais elle peut nous aider dans sa résolution lorsqu'elle est positive. Elle nous apprend en somme qu'une épilepsie est syphilitique, non qu'elle ne l'est pas.

3) Question du traitement.

Toutes les observations que nous publions ne nous entretiennent pas du traitement, mais celles qui en parlent suffisent à nous donner une opinion. Le mercure continué très longtemps n'a apporté aucune modification chez le malade de Fournier. Le bromure a cependant produit quelques intermissions de 2 ou 3 mois. Widal conseille 6 à 8 grammes de bromure et le traitement spécifique, mais le malade n'a pas été suivi. Le traitement spécifique a échoué dans un cas de Georgopoulos. Dans l'observation de Ballet, il est à noter que le traitement par des injections de biiodure (0 gr. 01), 42 ans après l'apparition du chancre, fait nettement diminuer le nombre des crises, mais là encore le malade n'a pas été revu. Il y a eu une cessation momentanée des crises dans une observation de Leredde. D'ailleurs ce dernier auteur se montrerait enclin à un certain optimisme dans les cas d'épilepsie syphilitique récente. Ce n'est pas le cas ici. Chez le malade de Verger, le traitement spécifique ordonné à différentes reprises, n'a pas empêché la réapparition des crises. Dans les cas de Verger (groupe III et groupe IV), le traitement bromuré a amené une certaine sédation.

Ainsi alors que par la médication spécifique, on obtient de véritables guérisons, soit chez des épileptiques jeunes hérédosyphilitiques (Plenk, Althaus, Diculafoy, Paul Bon

cour, Damaye, Babonneix, Bratz et Lüth), soit chez les épileptiques, au cours de la période secondaire de leur syphilis, dans l'épilepsie tardive parasyphilitique, l'épreuve du traitement spécifique n'est pas concluante. En général, il n'y a aucune action ni curative, ni temporairement suspensive. Le traitement bromuré, modéré semble-t-il cette épilepsie et il faut l'employer.

CONCLUSION GÉNÉRALE

En résumé, en raison du peu de valeur que nous apporte une séro réaction souvent négative, de la non influence du traitement spécifique. En face d'une telle épilepsie, le meilleur moyen que nous ayons pour dépister son origine syphilitique est peut-être la recherche soignée des antécédents. Des antécédents non douteux de syphilis, l'âge tardif où s'est produite l'invasion des symptômes comitiaux, enfin aussi l'absence de toute autre cause à laquelle puissent être rattachés ces différents accidents, nous feront bien souvent faire le diagnostic.

Mais si nous avons montré toute l'importance du problème étiologique, nous devons ajouter que ce problème est très complexe. Dans l'épilepsie tardive, très souvent, plusieurs causes sont associées et il est maintes fois difficile de dire qu'une épilepsie est syphilitique, ou d'une autre nature. Les cas d'épilepsie purement syphilitique sont rares ; c'est surtout ce que nous avons voulu dégager de l'analyse des observations, que nous avons fidèlement rapportées.

GROUPE III

Epilepsie et tabes

On voit la possibilité de la coexistence de l'épilepsie et du tabes chez un même malade. Le malade Lhote dont l'observation est très brève a vu son épilepsie survenir trois ans après le chancre et précéder le tabes de plus de 20 ans. Chez le malade de Verger, la syphilis est niée. Les douleurs fulgurantes ont précédé l'apparition de crises épileptiques typiques.

La nature syphilitique de l'épilepsie repose sur les mêmes arguments que dans le groupe II : mais elle est affermie par l'apparition contemporaine, ou successive du tabes, qui étiologiquement relève de la syphilis et qui se montre lui aussi très tardivement. Fournier, nous l'avons dit, faisait entrer ces deux affections dans le cadre des maladies « para syphilitiques ».

La question du traitement soulève un point intéressant. Peut-on obtenir par la médication spécifique, dans les cas d'épilepsie syphilitique tardive, les mêmes résultats que dans certains cas de tabes ? Peut-on faire regresser, fixer même dans leur forme fruste les accidents comitiaux ? Nous avons vu précédemment que l'épilepsie syphilitique tardive n'était pas accessible au traitement spécifique. L'observation de Verger nous éclaire encore sur ce point. Elle nous dit que le traitement antisypilitique (30 injections d'hectargyre B), semble avoir « enrayé » les symptômes tabétiques du malade, et que, seul, le traitement bromuré a agi sur les crises. Pendant 14 mois, le malade n'a pas eu de crises. Dès qu'il a cessé le bromure, une crise est apparue. Le malade, vu un an après, paraît avoir tiré un gros avantage de la médication bromurée.

GROUPE IV

Épilepsie ancienne réveillée ou devenue normale, après une syphilis acquise

Les observations de ce groupe forment un tout bien que la date d'apparition d'épilepsie, son évolution, les résultats du traitement aussi, soit différents.

Tous les malades sont des épileptiques anciens. Ils ont eu dans leur enfance ou leur adolescence des crises épileptiques (Fournier, Georgopoulos, Blocq). Le sujet de Verger n'a eu que des crises d'épilepsie fruste. Ces crises existaient encore juste avant l'apparition de la syphilis (Cas de Fournier) ou avaient disparu depuis 3 ans (Blocq), 38 ans ? (Georgopoulos).

L'observation d'épilepsie de la période secondaire (Fournier) ne manque pas d'intérêt. Avant sa syphilis, le malade n'avait eu que six crises en 10 ans. Après, il a onze crises en 13 mois, puis ces crises disparaissent sous l'effet du traitement. On ne peut pas nier l'influence de la syphilis, qui a augmenté la fréquence des crises. Puis, sous l'effet du traitement, l'incitation épileptique s'est éteinte d'elle-même.

L'observation de Georgopoulos, trop succincte, ne nous retient pas. Nous ne savons pas si le malade a présenté des symptômes comitiaux entre 14 ans et 52 ans. La réaction de Wassermann, positive à l'époque de la réapparition des grandes crises convulsives paraît montrer l'influence de la syphilis.

Dans l'observation de Blocq, la femme a une hérédité chargée. Elle a de nombreuses crises épileptiques, qui ont

disparu pendant 7 ans. Dans cet intervalle, elle a contracté la syphilis. Puis les crises ont reparu et des signes de tabes se sont montrés. Entre le contage infectant et la réapparition de l'épilepsie, il y a 5 ans. Le tabes s'est révélé à 33 ans. Les faits sont complexes.

Si la présence d'un tabes concomitant plaide en faveur de l'action de la syphilis dans la réapparition de l'épilepsie, les antécédents héréditaires de la malade, le peu de temps écoulé en somme, entre le chancre et les nouvelles crises, ne plaident pas en faveur d'un rapprochement.

L'observation de Verger mérite une plus longue attention. L'épilepsie de l'enfance (éblouissements, légers vertiges), s'est transformée très tardivement en trois sortes de crises : des absences prolongées où il y a plus ou moins perte de connaissance, des crises typiques de haut mal, enfin des courtes crises de délire mystique. On voit que les grandes crises, la perte totale de connaissance ont été longues à se développer. Dans les antécédents du malade, on ne relève qu'une syphilis non traitée. Et à notre avis, cette syphilis peut n'avoir pas été étrangère à la transformation de l'épilepsie fruste en une épilepsie normale et cela très tardivement.

Ainsi, la syphilis peut réveiller une épilepsie ancienne ou réactiver une épilepsie fruste. Les observations que nous apportons montrent une fois de plus que l'hérédité n'est pas tout dans l'épilepsie et que la « tare épileptique » ne résiste pas, la plupart du temps, à l'influence d'une infection, la syphilis en particulier.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis paraît entrer, mais d'une façon rare et pas toujours probante, dans l'étiologie de l'épilepsie tardive.

II. — La nature spécifique de l'épilepsie apparaissant à la période secondaire de la syphilis ressort avant tout de l'évolution parallèle des symptômes comitiaux et des manifestations contemporaines de la syphilis, ainsi que de l'influence curative du traitement.

III. — Par contre, en face d'une épilepsie survenant plus tardivement chez un syphilitique, la relation de cause à effet est souvent très difficile à prouver, principalement du fait de la présence d'autres facteurs étiologiques associés à la syphilis. Il y a peu de cas où l'on puisse rattacher l'épilepsie à la syphilis d'une manière exclusive. Il ne faut pas s'attendre à un grand secours apporté par les examens de laboratoire ou par l'épreuve du traitement.

IV. — Dans cette épilepsie tardive, en effet, le traitement spécifique ne se montre pas efficace. Beaucoup de malades se trouvent bien de la médication bromurée. Il y aura lieu de l'employer seule ou associée au traitement spécifique, mais sans grand espoir de succès.

Vu et bon à imprimer :

Le Président de la thèse,

H. VERGER.

Vu : *Le Doyen,*

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 18 janvier 1922.

Pour le Recteur,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

1805. — MAISONNEUVE. — Recherches et observations sur l'épilepsie. Thèse de Paris.
1836. — BEAU. — Recherches statistiques sur l'épilepsie. Asselin. Paris.
1838. — ESQUIROL. — Traité des maladies mentales. G. B. Baillière. Paris.
1843. — LEURET. — Archives Gen. med. Série IV, tome II.
1845. — MOREAU de TOURS. — De la folie hystérique. G. Baillière, Paris.
1852. — HERPIN de Genève. — Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie
1854. — DELASIALVE. — Traité de l'épilepsie. Masson, Paris.
1860. — GUSTAVE LAGNEAU. — Maladies syphilitiques du système nerveux. Labé, Paris.
1862. — ZAMBACO. — Affections nerveuses syphilitiques. G. B. Baillière, Paris.
1875. — CHARCOT. — Leçons cliniques. Delahaye, Paris.
1878. — FOURNIER. — La syphilis du cerveau. Masson, Paris.
1879. — MAURIAC. — Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système nerveux. Delahaye, Paris.
1880. — ETCHEVERRIA. — Hereditariness of epilepsy. *Journal of Ment. Societe*, octobre.
1883. — GOWERS. — Epilepsie et autres maladies convulsives. Traduction Carrier. Masson, Paris.
1885. — BARBIER. — De l'épilepsie syphilitique et de son diagnostic différentiel. Thèse de Paris.
1887. — P. MARIE. — Notes sur l'étiologie de l'épilepsie. *Progrès médical* n° 44, page 337.

1888. — FEDOU Joseph. — De l'épilepsie syphilitique. Thèse Montpellier.
1889. — VEYSSET. — Infection et épilepsie. Thèse de Paris.
FOURNIER. — Epilepsie et syphilis. *Gazette des Hôp. de Toulouse*, page 185.
1890. — FERÉ. — Les épilepsies et les épileptiques. Alcan, Paris.
1891. — MALLET. — Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. Thèse de Paris.
1892. — P. MARIE. — Infection et épilepsie. *Semaine médicale*, page 282.
1893. — FOURMIER. — Epilepsie para-syphilitique. *Revue Neurologique*, page 617.
KOWALEWSKY. — Syphilis et épilepsie tardive. *Berlin Klin. Woch.*, n° 4, page 76.
MENDEL. — Die Epilepsia tarda. *Deutsche medecin. Wochenschrift*, XIX, 1106 à 1108.
BLOCC. — Epilepsie, syphilis et tabès, société de neurologie. *Revue Neurologique*, p. 538.
1895. — BESSIÈRE. — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'épilepsie. Thèse de Bordeaux.
MAUPATÉ. — Essai sur l'épilepsie tardive. *Annales Médico-Psych.*, juillet.
1896. — VOISIN. — L'épilepsie. F. Alcan, Paris.
1897. — KOWALEWSKY. — Epilepsia senilis. *Centralblatt für neu. u. psych.* Coblentz et Leipzig.
RUBINO. — Syphilis et épilepsie. VIII^e Congrès de Médecine de Naples.
1898. — ROZIER. — De l'épilepsie sénile. Thèse de Paris.
CRICCHIO. — Epilepsie secondaire guérie (Reforma Medica) in *Revue Neurol.*, page 654.
1899. — BINSWANGER. — Die epilepsie. Vienne, Holder.
LHOTE. — Etiologie de l'épilepsie dite essentielle. Thèse de Lyon.
LUTH. — Die späte epilepsie. *All. z. für Psych.*, 1899, LXI, p. 512.
1900. — GELINEAU. — Traité des épilepsies. O. Doin, Paris.
REDLICH. — Uber senile épilepsie. Vienne, *Medic. Wochenschrift*, mars-avril.

1901. — GILLES de la Tourette. — L'épilepsie et son traitement. Plon-Nourrit, Paris.
- GOWERS. — Epilepsy an others chronic convulsive diseases (2^e édition)
- KOWALEWSKY. — Epilepsie. Traitement, assistance, médecine légale. Vigot, Paris.
- SEILER. — Uber späte epilepsie. Thèse de Leipzig.
- BRATZ et LUTH. — Epilepsie et syphilis héréditaire. *Revue Neurologique*, p. 142.
- LUZENBERGER. — Epilepsie syphilitique. (*Pratico-medico*, n^o 7).
1902. — BAYET. — Epilepsie syphilitique. Société belge de Dermatologie.
- BRATZ. — Epilepsie par syphilis héréditaire. *Revue Neurologique*, p. 391.
- MASOIN. — *Ann. médic. psychiatrie*. Paris XV, 211-218.
- SALAMONE. — Epilepsie syphilitique. (*Annale di Medico Navale*) *Revue neurol.*, p. 197.
- WIDAL. — Epilepsie parasymphilitique. *Journal des Praticiens*, XVI).
1903. — FEINBERG. — Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique. *Neurol. central. Blatt*.
- HUBERT. — De l'épilepsie tardive, Thèse de Paris.
1904. — MILIAN. — Le liquide céphalo-rachidien. Steinheil, Paris.
1907. — BALLET et VALENSI. — Communication à la Soc. de Neurol. (novembre). *Revue Neurol.*, p. 1213.
- FOURNIER. — Heredo syphilis tardive. Masson, Paris.
- MARCHAND et NOUET. — Epilepsie tardive. *Gazette des Hôpitaux*, p. 1239.
- WOSINSKY. — Influence de la syphilis et de l'alcool sur l'épilepsie. *Pester Medico Chir.* n^o 46, 47.
- KOSTER. — Epilepsie syphilitique. *Deustch. Medizin. Wochenschrift*, n^o 7.
1909. — RENAULT et GUENOT. — Epilepsie syphilitique secondaire. Communication à la société de dermatologie.
- GUENOT. — Epilepsie syphilitique secondaire. *Gazette des hôpitaux*, page 823.
1910. — MATORNE. — Contribution à l'étude de l'épilepsie sénile. Thèse de Montpellier.

1910. — BERTIN et GAYET. — Syphilis héréditaire et réaction de Wassermann. *Revue médicale*, p. 757.
- MUTINEL. — In traité des Maladies des enfants, page 863.
1911. — RUBINO. — Le syndrome épileptique de la période secondaire de la syphilis (*Giornale internazionale Delle Schience Medicha*) in *Revue Neurologique*, p. 503.
- KOROTNEFF. — Epilepsie para syphilitique. Analyse. *Revue neurologique*, p. 392.
1912. — DE FLEURY. — Sur la genèse de l'épilepsie. *Arch. de neurologie*, décembre 1912.
- PLANTIER. — Des rapports de l'épilepsie et de la paralysie générale. Thèse de Bordeaux.
1913. — P. BONCOUR. — Epilepsie et syphilis cérébrale héréditaire tardive. Guérison par l'iodothérapie. *Progrès médical*, page 315.
- AUBLANT. — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'épilepsie. Rôle de la syphilis. Thèse de Lyon.
1914. — DAMAYE. — Epilepsie hérédo-syphilitique. *Echo médical du Nord*.
- CARLERÉ. — De l'épilepsie tardive. Thèse de Bordeaux.
1917. — BABONNEIX et DAVID. — 3 cas d'épilepsie essentielle liés à l'hérédo-syphilis. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, n° 14, page 561.
1918. — GEORGOPOULOS. — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'épilepsie. Rôle de la syphilis. Thèse de Lyon.
1919. — BREYNERT. — Contribution à l'étude de l'épilepsie dite essentielle. Rôle de l'hérédo-syphilis. Thèse de Paris.
1921. — LEREDDE. — Nature syphilitique de l'épilepsie essentielle, *Revue Médicale*, n° 96.
-

BORDEAUX. — IMP. J. CÉROUDE ET FRÈRE
13, COURS DE LA MARNE.
